TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur MOLIN



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie
14, rue Belle-Cordière, 14

1907







TITRES SCIENTIFIQUES

TITRES UNIVERSITAIRES

Chargé des fonctions d'aide d'anatomie (concours de 1898)
Aide d'anatomie (corcours de 1900)
Docteur en Médecine (1900)
Préparateur du cours de médecine opératoire (1903-1904)
Admissibilité au Concours d'Agrégation (1904)

TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux 1894
Interne des hôpitaux 1896
Chargé des fonctions de chirurgien de garde dans les hopitaux de 1902 à 1907. (Admissibilité au concours de chirurgien des hopitaux de Lyon 1902, 1904, 1905).

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Anatomie et de Médecine opératoire a la Faculté 1898-1904

CHIRURGIE DES MEMBRES

Etude radiographique et clinique sur la dyschondroplasie, avec note du professeur Ollier.

Paris 1901, O. Doin.

Notre maître, M. le professeur Ollier, nous avait invité, dans les derniers jours de sa vie à tenter la description encore toute neuve de cette singulière dystrophie des os, qu'il avait appelée lui-même la *dyschondroplasie*. Trois observations, dont deux de M. Ollier, une de MM. Nové-Josserand et Destot ont servi de documents pour ce travail.

Une quatrième, recueillie depuis dans le service de M. Albertin, chirurgien de la Charité, n'a fait que confirmer nos premières conclusions, précieuse surtout parce qu'un angiome concomitant des doigts a permis de prélever un peu de tissu pathologique et d'examiner histologiquement, pour la première fois, ces lésions si rares.

Définition. — Idée générale de la dyschondroplasie

« Je désigne sous le nom de dyschondroplasie une affection des « os en voie de développement qui ne me paraît pas avoir été « décrite jusqu'ici et que les rayons de Rœntgen m'ont permis de « déterminer.

« Cette affection est caractérisée par l'irrégularité et le retard « de l'ossification due aux cartilages de conjugaison. Le tissu « cartilagineux destiné à l'accroissement de l'os en longueur ne « subit pas le processus de l'ossification ; il conserve sa structure

« et persiste sous forme de nodules ou de masses cartilagineuses « plus ou moins régulières qui mettent souvent un temps très « long à se transformer en tissu osseux. Ces masses cartilagi- « neuses anormalement persistantes, sont sous-périostiques ou « intra-médullaires, c'est-à-dire superficielles ou profondes. Elles « s'observent, d'une manière très nette, dans les phalanges des « doigts de la main ou du pied, de la main principalement. On « dirait de petits chondromes disséminés dans le tissu de la pha- « lange.

« En même temps, on rencontre, sur les grands os des mem- « bres au niveau des régions juxta-épiphysaires, ces tumeurs « ostéo-cartilagineuses qui ressemblent aux exostoses ostéogéni- « ques. Implantées, le plus souvent, sur la surface de l'os, on les « trouve quelquefois dans l'axe de l'os, et elles transforment alors « l'extrémité juxta-épiphysaire en une masse transparente réguliè- « rement renflée et plus ou moins volumineuse.

« En même temps que se produit cette perturbation dans l'évo- « lution des cellules cartilagineuses et, par suite, cet arrêt de « l'ossification, les diaphyses s'incurvent, les épiphyses se dé- « forment.

« C'est grâce à la radiographie que j'ai pu découvrir les lésions « phalangiennes et en déterminer la nature.

« Je ne puis encore donner un tableau complet de la dyschon- « droplasie, il me manque d'en connaître l'anatomie pathologique, « mais la nature cartilagineuse des lésions phalangiennes ne peut « faire aucun doute. Indépendamment de l'aspect qu'elles ont sur « la radiographie où elles forment des taches blanches, on peut « constater qu'elles se laissent traverser par une épingle comme « de vrais chondromes ».

(Extraits de la note de M. le professeur Ollier.)

Symptomes

1° *Arrêts d'accroissement. — Atrophie des parties molles.* — La dyschondroplasie se traduit par des arrêts d'accroissement partiels du squelette. Ces arrêts siègent sur les os longs du squelette de la main.

Aux membres supérieurs et inférieurs ils sont unilatéraux et, particularité curieuse, le côté droit est seul affecté ; dans la quatrième observation plus récente, on ne la trouvait qu'à la main.



Fig. 1
G... Anne, 10 ans.

Ces raccourcissements considérables (fig. 1 et 2) puisqu'ils varient entre 6 et 13 centimètres, déterminent une très forte claudication. L'atrophie des parties molles est très manifeste. Les empreintes plantaires sont des plus démonstratives à cet égard (fig. 3).



Fig. 2

G... Anne, 10 ans. — Le raccourcissement et la scoliose compensatrice sont plus apparents que dans la fig. 1

2° *Difformités articulaires.* — Trois malades présentent des déviations du genou très marquées ; genu valgum, genu varum (fig. 2), par altérations du squelette. Les articulations atteintes offrent une laxité extrême.



Fig. 3

Empreintes plantaires de Anne G...
L'empreinte plantaire droite est plus petite.

Dans un cas, au niveau du poignet, on trouve un déjettement très net de la main sur le bord cubital de l'avant-bras (fig. 5).

Aux doigts, chez le même sujet, existait un type partiel de « main en trident » (fig. 6).

Chez un autre sujet, les lésions considérables de l'extrémité inférieure du péroné (fig. 11) avaient déterminé un valgus prononcé du pied.

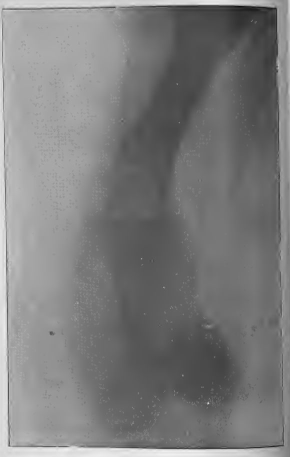


Fig. 4

T..., jeune fille de 12 ans. Incurvation très prononcée du fémur. Les fig. 10 et 1[illegible] se rapportent au même membre et au même sujet.



Fig. 5
G... Anne. — Avant-bras droit.

3° *Courbures des os longs.* — Elles présentent un caractère d'*unilatéralité* remarquable.

Les courbures du fémur existaient dans deux cas (fig. 4).

La figure 4 en offre un beau spécimen. Les courbures sont moins apparentes et moins accentuées aux membres supérieurs (fig. 5) ; d'autres déformations diaphysaires consistent en épaississements révélés surtout par la radiographie (fig. 4).





Fig. 6

G... Anne.— Lésions dyschondroplasiques des mains. — L'annulaire et le médius de la main gauche sont fortement divergents.



Fig. 7

P..., 6 ans. — La main droite seule présente des lésions.

Déformations de la main (fig. 6, 7 et 8). — Elles apparaissent bien plus à la radiographie qu'à l'examen clinique. Dans quatre cas elles ont passé à peu près inaperçues.

On trouve, cependant, ces troubles de développement quand on les cherche.

La main est petite, étalée en largeur (fig. 7).

Les doigts sont plus courts, plus épais, avec des inégalités, des bosselures et des dépressions (fig. 8).

Les phalanges sont presque flexibles, malléables.

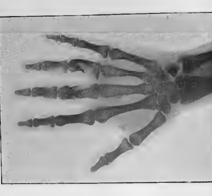


Fig. 8

T..., jeune fille de 12 ans (Voir la planche hors texte)





Fig. 9

Anne G... — Lésions dyschondroplasiques du 5me Orteil



Fig. 10
T..., 12 ans. — Membre inférieur droit



Fig. 11
T..., 12 ans. — Membre inférieur droit

Localisations dyschondroplasiques aux pieds. — Les lésions sont discrètes, mais indiscutables, au niveau de quelques phalanges (fig. 9).

Nodosités, tuméfactions des extrémités osseuses. — Certaines boursouflures des extrémités osseuses attirent immédiatement l'attention. Isolées, elles rappellent les nouûres du rachitisme, mais ne sont pas généralisées chez un même sujet.

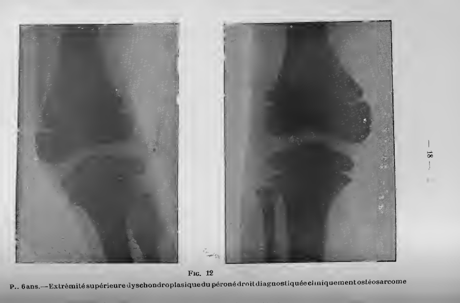


Fig. 12

P.. 6 ans. — Extrémité supérieure dyschondroplasique du péroné droit diagnostiquée cliniquement ostéosarcome

Quelquefois existant en un seul point elles en imposeraient pour un néoplasme (fig. 12).

Le péroné, à ses deux extrémités dans un cas (fig. 10 et 11), à l'une de ses extrémités dans un autre (fig. 12) présente ces tumé factions extrêmement développées ; ells embrassent à la fois la diaphyse et l'épiphyse, c'est une hypertrophie régulière en masse de l'extrémité osseuse, à leur surface peu ou pas d'inégalités (fig. 12).



Fig. 13

Ostéosarcome de l'extrémité supérieure du péroné

Etude radiographique des lésions au niveau des phalanges. — Elles consistent surtout en zones claires qui tranchent brusquement ou se confondent insensiblement avec des parties voisines ossifiées.

Ces zones échappent à toute description comme nombre, forme, direction, comme le montre si bien la planche hors texte.

Sur les os longs les lésions ne sont pas moins remarquables. Les radiographies ci-jointes en offrent de magnifiques spécimens.

Ces nodosités sont uniformément et faiblement teintées (fig. 10 et 11), aspect qui plaiderait à lui seul en faveur de la nature cartilagineuse de ces proliférations.

Diagnostic

Différentes affections des os présentent des analogies et des rapports plus ou moins étroits avec la dyschondroplasie.

Rien ne s'en approche autant, comme caractère clinique, que les *tumeurs sarcomateuses* (fig. 13). C'est pour en avoir déjà observé un cas de M. Ollier que M. Destot put rectifier le diagnostic de sarcome posé chez un de nos petits malades par d'excellents chirurgiens (fig. 12).

La dyschondroplasie, avec ses arrêts de développement, se rapproche de l'*achondroplasie*, mais il s'agirait alors d'une achondroplasie partielle qui s'éloigne trop de la dystrophie connue sous ce nom pour qu'il soit permis de confondre ces deux syndromes.

On peut songer à l'*ostéomalacie* en présence des incurvations diaphysaires, mais le ramollissement d'ailleurs limité, des os n'est qu'un des éléments de l'affection et ne peut servir tout seul à étiqueter la dyschondroplasie.

Ces courbures, jointes aux nouûres épiphysaires, et aux difformités articulaires, éveillent aussi l'idée de *rachitisme*.

Mais tous nos sujets étaient indemnes des antécédents ordinaires de cette affection. Le rachitisme ne constitue pas des hémiatrophies osseuses. La radiographie des rachitiques ne donne jamais, au niveau des courbures ou des nodosités, des zones cartilagineuses aussi pures. Nous ne nous arrêterons pas à l'*ostéogenesis imperfecta* des Allemands où il s'agit d'une dystrophie du squelette des nouveau-nés consistant, suivant l'expression imagée de Schweib, en un « lessivage de la trame inorganique », c'est-à-dire une fonte des éléments calcaires.

Les *exostoses ostéogéniques*, les *chondromes bénins* sont plus facilement comparables à la dyschondroplasie, mais l'assimilation de notre dystrophie avec l'une ou l'autre de ces affections ne pourrait être faite qu'à la condition d'admettre, comme fréquentes, des particularités, au contraire, très rares dans ces affections ; au cours des exostoses leur développement endogène, leur transformation en endostoses et, à propos des chondromes bénins, le fait de leur multiplicité qui ne concorde pas avec leur nature.

L'*anatomie pathologique* de l'affection est encore très incomplète, la radiographie nous fournit encore la plus large part da

nos connaissances à ce sujet, en nous montrant deux éléments principaux de cette dystrophie.

1° Un élément néoplasique au niveau des grands espaces homogènes et clairs qui rappellent tout à fait du tissu cartilagineux normal ;

2° Un élément dystrophique proprement dit au niveau des points où ces zones se confondent insensiblement avec du tissu osseux.

L'examen histologique a rendu indubitable l'existence au niveau des premiers points de tissu cartilagineux vrai, mais n'ayant malheureusement pas porté sur les lieux de passage des processus ossificateurs normaux aux processus ossificateurs pathologiques, nous ne pouvons nous prononcer définitivement et sur la nature exacte de la dyschondroplasie.

Pathogénie

La formule pathogénique de l'affection n'est pas facile à donner. On se trouve, en résumé, en présence d'un syndrome associé de tumeurs cartilagineuses bénignes et d'anomalies de développement.

Faut-il voir dans les secondes la conséquence des premières que l'on rencontre surtout au niveau des cartilages de conjugaison et qu'elles stérilisent peut-être ? Le caractère si disséminé de ces zones cartilagineuses joint à leur nature bénigne, paraît procéder davantage d'une véritable dystrophie du squelette.

Aussi nous préférons, devant suivre l'évolution des quelques cas connus, espérant trouver de nouvelles observations, considérer encore la dyschondroplasie comme une affection spéciale révélée par les rayons de Rœntgen.

Du décollement juxta-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus (En collaboration avec M. Albertin, chirurgien des Hôpitaux).

Province Médicale, 1898, pp. 181, 193, 217.

A propos de deux observations personnelles nous avons fait une étude générale de ce traumatisme de l'épsule. Considérant

d'abord les conditions étiologiques les plus fréquentes, nous avons démontré, par l'examen soigneux des cas parus jusqu'alors, l'importance des causes directes. Après avoir dépouillé plus de 50 observations, nous trouvons 49 cas relevant de causes directes, contre 5 dus à des violences indirectes, c'est-à-dire une proportion de 10 contre 1 en faveur des premiers. Parmi ces causes directes, de beaucoup les plus fréquentes, sont les traumatismes par chute d'un lieu élevé sur la région externe de l'épaule. Ces derniers, en effet, surprennent l'extrémité supérieure de l'humérus immobilisée par la contracture simultanée et réflexe de tous les muscles et déterminent une solution de continuité de l'extrémité osseuse en son point de moindre résistance, la région juxta-épiphysaire.

Les traumatismes sur les parois antérieure et postérieure de l'épaule sont beaucoup moins efficaces, l'humérus se déplace plus facilement devant le choc qui ne produit plus alors son effet intégral.

Les décollements par traction suivant l'axe du membre, par torsion, par rotation, incontestables aux points de vue clinique et expérimental, sont infiniment plus rares.

M. Jouon a adopté, en majeure partie, ces conclusions d'étiologie dans ses travaux récents, publiés sous l'inspiration de M. le professeur Kirmisson.

Dans nos cas, semblables en cela à la majorité de ceux publiés, l'extrémité du fragment diaphysaire était déplacée en avant, au-dessus et un peu en dehors de la tête humérale.

La symptomatologie des *cas anciens* est beaucoup plus typique que celle des *cas récents* où — n'étaient l'âge du sujet et l'absence de crépitation — (Kirmisson) la disjonction voilée par le gonflement ne peut dégager ses signes propres de ceux qui lui sont communs avec la fracture.

Dans les cas anciens, la saillie de la diaphyse se voit et fait, à elle seule, le diagnostic. On ne saurait trop insister sur l'importance capitale de ce signe qui dispense, à la rigueur, d'un examen plus complet.

Cette saillie, située en dehors de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, forme avec ces éminences un triangle à base supérieure, à sommet inférieur correspondant au milieu de l'espace inter-acromio-coracoïdien.

La saillie est quelquefois si prononcée qu'on a vu, à son niveau, la peau, soumise à une pression incessante, rougir et s'ulcérer.

Le *pronostic* fonctionnel du décollement de l'extrémité supérieure de l'humérus est toujours grave.

Abandonné à lui-même, il évolue naturellement vers la consolidation, mais en position vicieuse.

Des adhérences, des jetées osseuses s'établissent entre la partie interne du bout diaphysaire et la tête humérale, mais l'extrémité et la partie externe de la diaphyse sont exclues, pour ainsi dire, de la formation du cal. De plus, la saillie osseuse sous-cutanée est une menace continuelle pour les téguments.

Un *traitement chirurgical* s'impose indiscutablement dans ces cas anciens.

Si la consolidation est faite, il suffit de réséquer la pointe diaphysaire pour la niveler, l'arrondir.

On supprimera, de cette façon, l'épine irritative qui, en blessant soit le deltoïde, soit la peau, apporte une gêne fonctionnelle considérable et déterminera bientôt l'inutilisation du deltoïde qui s'atrophie totalement. Cette intervention doit être para-articulaire, se faire sans que l'articulation scapulo-humérale soit en rien intéressée.

Si l'on s'arrête à l'idée de faire la réduction de la fracture, la coaptation diaphyso-épiphysaire suivant leurs faces correspondantes, il faut alors transformer ce cas ancien en cas récent. Pour cela on sépare, à l'aide du ciseau de Mac Ewen, les deux fragments au niveau du trait de consolidation et on fait la réduction. Telle fut la conduite de Jetter, de Lejars.

Nous donnons la préférence à la résection simple de la saillie diaphysaire, en respectant le trait de consolidation ; cette intervention nous paraît répondre à la grande majorité des cas. A la suite de la résection de la pointe de la diaphyse, les douleurs provoquées à l'occasion des mouvements disparaissent et l'amplitude de ces mouvements augmente rapidemnt.

Le traitement des cas récents est plus difficile, de ceux surtout où il existe de la mobilité complète des fragments, l'un par rapport à l'autre, la tête humérale restant fixe dans la cavité glénoïde.

La réduction est difficile et son maintien plus difficile encore. Il faut la tenter sous-anesthésie ; pendant qu'un aide, fixant solidement le coude demi-fléchi, l'attire en bas, le chirurgien presse sur l'extrémité diaphysaire supérieure comme s'il s'agissait d'une luxation. On combinera la traction en bas avec l'abduction et une légère rotation en dehors. La contention sera obtenue par la traction continue, le malade restant au lit, ou par l'appareil de Lannelongue.

Il suffit, d'ailleurs, d'amener par la traction continue, faite le malade étant au lit, un commencement de consolidation, pour

que la fracture reste réduite par un bandage plâtré appliqué au bout de dix ou quinze jours.

Si, malgré tout, l'ascension de la diaphyse se produit, il faudra, en essayant de la réduire au minimum, attendre la consolidation, et, le cas récent transformé en cas ancien, sera soumis au traitement que nous avons exposé.

Chirurgie conservatrice des ostéo-sarcomes ; résections diaphysaires et diaphyso-épiphysaires.

Société de Chirurgie, 17 décembre 1903.

Résection de 12 centimètres d'humérus pour un volumineux ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de cet os, chez une jeune fille de 16 ans. M. Gangolphe, que nous avions assisté dans cette intervention, nous avait prié, en même temps que de présenter la pièce anatomique, de développer les raisons qui militent dans quelques cas en faveur de la chirurgie conservatrice.

En effet, souvent, s'il y a récidive, elle se fait par généralisation dont les interventions les plus radicales ne mettent pas plus à l'abri que la simple résection parostale toujours mieux acceptée et qui a l'avantage, en cas de succès définitif, de respecter l'avant-bras et surtout la main en qui se résument les fonctions du membre supérieur.

L'humérectomie totale est une opération aussi simple et aussi logique que la scapulectomie, et il n'est pas de conduite moins rationnelle suivant qu'un sarcome se développe sur l'omoplate ou sur l'humérus, de lui appliquer dans le premier cas un traitement conservateur, et dans le second un traitement radical.

Recherches expérimentales sur les modes et les limites de résistance du pérone isolé du tibia.

Communication à la *Société de Chirurgie*, novembre 1905 (En collaboration avec M. Viannay, prosecteur à la Faculté.

Recherches entreprises à l'instigation de notre maître, M. Gangolphe, à propos du traitement conservateur des ostéo-sarcomes du tibia.

Nos expériences ont montré que le péroné, après résection de l'extrémité supérieure ou de l'extrémité inférieure du tibia, était capable de supporter une charge de 60 à 65 kilogs. Au-delà, la rupture se produisait constamment par flexion sur le point d'appui latéral fourni par l'extrémité adjacente sectionnée du tibia ; de plus, cette rupture précédait toujours la subluxation de l'extrémité inférieure de l'os.

Fait assez important, les péronés de sujets de 12 à 18 ans, présentaient une résistance équivalente. sinon supérieure à celle des adultes.

D'après ces données, il semble donc possible de procéder à des résections assez étendues des plateaux tibiaux en cas de tumeur osseuse, et le péroné, aidé par des appareils orthopédiques appropriés, pourrait jouer un rôle considérable dans la sustentation, chez les jeunes sujets surtout, où, à résistance egale, il serait susceptible de s'hypertrophier consécutivement.

De l'arthrite tuberculeuse acromio-claviculaire.

Communication à la *Société des Sciences Médicales* de Lyon, avril 1907.

Dans cette note nous avons esquissé l'histoire, d'ailleurs très simple, de cette localisation ostéo-articulaire de la tuberculose — intéressante surtout par sa rareté — Inconnue chez les enfants, l'arthrite acromio-claviculaire fait quelquefois partie du tableau clinique de la tuberculose de la clavicule ou de l'omoplate. Mais elle peut exister à l'état isolé, nous avons pu en réunir quatre observations. Le début peut être osseux, tantôt claviculaire, tantôt acromial, mais il peut être aussi purement synovial (observation personnelle).

C'est la douleur et l'impotence fonctionnelle qui attirent d'abord l'attention, on croit à une entorse ou à un traumatisme. Objectivement, on ne trouve parfois aucune déformation, dans un cas cependant la synoviale bourrée de fongosités et saillante fut prise pour un lipome.

Le pronostic dépend exclusivement de l'état général du sujet. Dans nos observations, le résultat fonctionnel de la résection (résection totale ou hémi-résection) a toujours été excellent. Les malades très bien musclés d'ailleurs exécutaient avec leurs bras des mouvements aussi aisés du côté malade que du côté sain.

Fracture du corps du radius. — Abolition des mouvements de pronation et de supination. — Résection du cal. — Reconstitution intégrale de la diaphyse. — Guérison.

In thèse de Cantenot, Lyon 1904-05 (Contribution à l'étude des fractures entraînant la perte des mouvements de pronation et de supination).

Il s'agissait, dans notre cas, d'une fracture chez un jeune homme de 17 ans, dont le premier appareil plâtré avait été gardé 20 à 25 jours ; au sortir de l'appareil, les mouvements de pronation et de supination étaient abolis.

L'intervention démontra l'existence d'un cal, avec quelques adhérences au tissu musculaire ,mais sans coulées ostéopériostiques fusionnant le radius et le cubitus, comme il est classique de l'enseigner.

L'ankylose, après résection complète sous-périostée du cal, parut relever de l'attitude de demi-pronation imposée à la main, lors de la première réduction ; le fragment supérieur obéissant à l'action du biceps, s'était mis peu à peu en supination forcée, tandis que le fragment inférieur demeurait en pronation.

Le malade, 30 jours après la mise d'un nouvel appareil en supination forcée, exécutait tous les mouvements des articulations radio-cubitales.

Ce cas montre l'importance des attitudes de réduction pour les fractures de l'avant-bras ; dans celles-ci, en effet, la coaptation bout à bout n'est qu'un des deux éléments du succès, l'autre étant constitué par le dégré identique de rotation suivant l'axe longitudinal, qu'il faut donner aux deux segments pour ne pas voir très limités ou abolis les mouvements de pronation et de supination.

En ce qui concerne les fractures du corps du radius, c'est toujours à la supination forcée qu'il faut donner la préférence.

De la cheiroplastie par désossement combinée à la méthode de Cl. Martin dans le traitement des rétractions cicatricielles graves de la paume de la main et des doigts.

Société de Chirurgie de Lyon, 8 février 1906.

Dans cette communication, nous avons d'abord rapporté l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, tombée à l'âge de 3 ans sur

des charbons ardents, présentait une rétraction cicatricielle étendue à toute la paume de la main droite et à la plupart des doigts correspondants ; le pouce était accolé à la base de l'index ; l'index, le médius et l'annulaire avaient leur première phalange fléchie à angle droit ; en outre, les articulations de l'index étaient entièrement ankylosées ; des adhérences très étendues en profondeur s'opposaient au moindre mouvement.

La malade ayant refusé le sacrifice de ce doigt, nous pratiquâmes d'abord une *cheiroplastie* par incision simple ; une incision superficielle en X permet de procéder à l'ablation du tissu cicatriciel jusqu'aux tendons ; les doigts, sauf l'index, peuvent être étendus. En moins de trois mois, la plaie est comblée, mais la rétraction réapparait malgré les soins habituels, difficiles à appliquer d'ailleurs à cause de la flexion de l'annulaire.

La malade acceptant enfin l'ablation de ce doigt, la paume est réincisée dans une deuxième intervention. On donne à tous les doigts et surtout au pouce le maximum d'écartement, puis on dissèque la peau de l'annulaire suivant le procédé de Bœckel-Kœnig, qui donne un lambeau qu'on n'avait plus qu'à rabattre en écharpe sur la paume, son extrémité distale fourchée venant constituer l'arête du premier espace inter-métacarpien.

Le résultat immédiat fut parfait. Grâce à un très ingénieux appareil, M. Martin le rendit définitif.

En effet, aussitôt la réunion immédiate achevée, l'extension continue pratiquée pendant trois semaines, améliora même le premier résultat, en donnant encore plus d'écartement au pouce qui, dès lors, pouvait exécuter les mouvements d'opposition dans toute leur amplitude. La malade a été revue récemment : le résultat s'était maintenu comme à la sortie de l'hôpital.

De l'examen comparatif des deux interventions, je puis donc tirer les conclusions suivantes :

1° L'inutilité de la simple excision du tissu cicatriciel dans les brûlures anciennes et profondes, malgré les résultats immédiatement favorables en apparence.

2° La nécessité de remplacer ce tissu cicatriciel par une greffe comprenant tous les plans en profondeur du tissu normal (greffe italienne).

3° L'importance du traitement consécutif qui n'abandonne pas à la rétraction toujours fatale le meilleur transplant, mais, au contraire, utilise son élasticité pour lui faire rendre le maximum d'effet utile.

4° Dans le cas présent, la méthode de Martin accusée souvent de lenteur a montré qu'elle pouvait agir avec rapidité quand on lui donne une étoffe suffisamment souple et de bonne qualité.

Ostéomyélite aiguë primitive du grand trochanter. — Arthrite purulente consécutive par ulcération progressive de la capsute. — Résection. — Mort.

Soc. des Sc. Médic., 13 avril 1901.

Présentation d'une pièce intéressante montrant l'intégrité du cartilage de conjugaison de la tête fémorale à côté de l'envahissement purulent de l'articulation et de la disjonction complète du grand trochanter.

Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans, malade depuis trois semaines, porteur de collections purulentes énormes ayant disséqué littéralement toute la cuisse, et que nous incisâmes d'urgence. Nous trouvâmes facilement, au niveau du grand trochanter, le point de départ de cette ostéomyélite qui avait envahi la diaphyse fémorale.

Après avoir trépané l'os en différents points pour drainer largement la moelle, nous avons respecté l'articulation qui nous parut non envahie. Huit jours plus tard, en présence de la continuation de phénomènes généraux très graves, on pratiqua une large résection de la tête fémorale. L'envahissement de l'articulation, très discret, s'était fait par ulcération progressive de la capsule au contact du foyer purulent. Ce cas rare (on en compte tout au plus dix observations authentiques) montre l'individualité pathologique des différents cartilages de conjugaison de la tête fémorale.

Luxation complète de l'astragale en avant. — Astragatectomie. Guérison.

Société des Sciences Médicales, juillet 1898.

L'intérêt de ce cas résidait dans ce fait qu'au cours d'un traumatisme très violent (chute dans une ornière du haut d'une voiture), l'astragale, avant de se luxer en avant, avait dû pivoter sur son axe et accrocher, par l'apophyse qui limite la gouttière de l'extenseur propre du gros orteil, tout le paquet des tendons

postérieurs que l'on trouva en avant du cou de pied, tendus sur le col de l'astragale placé de champ.. Toutes nos expériences pour reproduire ce dispositif si rare et si curieux furent négatives.

Luxation de l'astragale. — Astragalectomie. — Guérison.

Société des *Sciences Médicales*, 1905.

Dans ce cas, l'astragale fracturé au niveau du col présentait son corps face inférieure en bas, face supérieure en haut ; extrémité postérieure en avant, extrémité antérieure devenue postérieure.

L'astragalectomie pratiquée par nous donna un excellent résultat.

De l'amputation immédiate et atypique dans les traumatismes graves du pied.

Communication à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 19 décembre 1906.

Ayant eu à pratiquer une amputation immédiate pour écrasement complet avec dislocation des métatarsiens et du tarse antérieur, nous présentâmes le malade à la Société trois mois après l'intervention, pouvant marcher sans appui et sans appareil orthopédique.

A propos de ce cas, nous avons insisté :

1° Sur l'avantage des opérations économiques *immédiates*, dans les traumatismes graves du *pied*, alors qu'au niveau de la main la conservation systématique est presque toujours indiquée.

2° Sur le résultat fonctionnel excellent du moignon qui ne présentait pas la moindre tendance au renversement, et qui, au repos comme pendant la marche, exécutait des mouvements de flexion et d'extension comme si l'avant-pied existait encore.

Notre intervention ayant consisté en une double désarticulation calcaneo-cuboïdienne et scaphoïdo-cunéenne (*amputation de Chopart avec conservation du scaphoïde*), le bon résultat obtenu ne pouvait être attribué qu'à la conservation intentionnelle du

scaphoïde, grâce à laquelle les insertions du jambier antérieur avaient été respectées.

Bien que cette variante de l'opération de Chopart soit connue depuis longtemps, préconisée surtout par Hayward, par Hancock, nous avons été frappé, à la lecture des nombreux mémoires consacrés aux amputations partielles du pied, du peu d'importance que lui accordent les auteurs.

Nous pensons, au contraire, que la conservation du scaphoïde, même partielle, change complètement le pronostic orthopédique de l'amputation médiotarsienne ; le renversement du moignon est alors beaucoup moins à redouter ; le puissant muscle jambier antérieur est là, en effet, avec la plupart de ses expansions tendineuses, à la face antéro-latérale du tarse, pour équilibrer l'action des muscles postérieurs.

D'autre part, le scaphoïde n'est pas un os si volumineux que la taille des lambeaux demande à être pratiquée bien plus largement pour le recouvrir.

A tous égards, par conséquent, cette variante opératoire nous a paru digne d'être relatée et favorablement commentée. Elle nous paraît une des solutions les plus élégantes du problème si difficile à résoudre du renversement du moignon, consécutif à l'amputation médio-tarsienne.

Réfection d'une mortaise tibio-péronière suivant le procédé de Terrier-Hennequin.

Communication à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*, février 1907.

Dans cette note, nous avons montré tout le parti que l'on peut tirer de la chirurgie conservatrice dans les traumatismes les plus graves de l'arrière-pied.

Nous présentâmes à l'appui de cette thèse un malade auquel nous avions conservé un pied suffisant pour la marche, malgré une fracture bi-malléolaire ouverte, compliquée de nécrose de la malléole interne et de fracture de l'astragale.

Au cours de l'intervention pratiquée un mois après l'accident, la malléole interne nous était restée dans la main, détachée spontanément du ligament deltoïdien ; l'astragale fracturé et luxé n'était aussi plus qu'un séquestre à extraire.

Nous résolûmes alors de recourir au procédé de MM. Terrier et Hennequin, malgré l'absence de l'astragale. Le plateau tibial fut évidé jusqu'à la constitution d'une malléole aux dépens de son bord interne ; la face supérieure du calcanéum fut dépouillée de son cartilage et bloquée ensuite contre la face tibiale. Le résultat opératoire ne laissa rien à désirer, le résultat fonctionnel fut moins brillant, en raison d'escharres trophiques d'origine névritique (le malade présentait, avant l'intervention, de l'anesthésie dans la zone pédieuse du tibial postérieur) qui furent très longues à guérir. La marche devenait cependant possible six mois après l'intervention et actuellement le malade peut parcourir deux ou trois kilomètres par jour sans fatigue et avec une chaussure ordinaire.

Le pied ne présente aucune tendance à la déviation en valgus, *malgré l'absence de la malléole interne*. Aussi, avons-nous cru intéressant de publier ce résultat exceptionnel de chirurgie orthopédique.

CHIRURGIE ABDOMINALE ET VISCÉRALE

Contribution à l'étude de la laparotomie pour lésions traumatiques de l'intestin (En collaboration avec M. Gayet).

In *Bulletin Médical*, 10 février 1904.

La question des indications opératoires dans les traumatismes et les plaies de l'abdomen est encore débattue. Comme l'a montré M. Le Dentu, cette solution ne peut se trouver que dans une analyse clinique minutieuse de l'ensemble des signes. Nous apportons en confirmation de cette idée quatre observations recueillies pendant le service de garde. Tous les blessés étaient atteints de traumatisme de l'abdomen : chez l'un, il s'agissait d'un choc presque insignifiant ; chez deux, d'une contusion intense. Or, les lésions les plus marquées correspondaient à l'accident en apparence le moins grave et, alors que l'état général était bon et le pouls satisfaisant, on pratiqua une intervention dont le malade avait peine à comprendre l'utilité, simplement parce qu'il présentait une *contracture intense* de la paroi abdominale du côté traumatisé. La guérison eut lieu chez ces trois malades grâce à des opérations précoces.

L'autre observation est relative à une plaie pénétrante par balle de revolver. Il existait huit perforations intestinales, dont trois furent méconnues et entraînèrent la mort. Comparant cette observation à une des précédentes où des lésions multiples existaient aussi, mais furent reconnues au moyen d'une éviscération précoce, nous sommes portés à recommander cette pratique utilisée dans les conditions indiquées par M. Tixier. Elle est encore le

seul procédé sûr pour explorer complètement la cavité abdominale.

Enfin, au cours de ces quatre opérations, nous avons pu analyser assez bien les multiples défenses que l'organisme met en jeu pour se protéger contre les effets de la lésion intestinale et nous signalerons : 1° Se surajoutant à la contracture bien connue de la paroi, la contracture intestinale qui immobilise l'anse blessée au voisinage du traumatisme (Jaboulay) ; 2° Se surajoutant au bouchon muqueux de Reclus, un réflexe inhibiteur qui tarit momentanément les sécrétions intestinales et s'oppose ainsi à leur écoulement nocif dans la cavité péritonéale.

Un signe rare de lésion intestinale par contusion de l'abdomen. Emphysème sous-cutané d'origine intestinale

Bulletin Médical. — Faits cliniques, mai 1904.

Le diagnostic des lésions de l'intestin présente un intérêt capital dans les contusions de l'abdomen.

Quelquefois les signes les plus classiques font défaut ; dans d'autres cas on est induit en erreur par des signes paradoxaux ou très rares qui peuvent détourner l'attention des désordres les plus importants chez ces blessés.

A ce titre nous avons cru intéressant de publier un fait clinique qu'après de nombreuses recherches bibliographiques nous croyons très rare.

Il s'agit d'un enfant qui, à bicyclette, avait été renversé par le brancard d'une voiture. Le choc avait été très violent.

Quelle ne fut pas notre surprise, en examinant ce malade, de le trouver comme soufflé par un emphysème étendu : toute la région de l'abdomen et du thorax et, qui, sous nos yeux, s'étendait au cou, à la face, etc.

Il n'existait aucune fracture de côte pouvant expliquer très naturellement cet emphysème.

L'état général grave, l'intensité du traumatisme et surtout la constatation d'une douleur localisée à l'hypochondre droit nous décidèrent à pratiquer une laparotomie en ce point.

Nous eûmes alors l'explication de cet emphysème généralisé qui nous avait empêché d'explorer l'abdomen.

Un foyer contus de la grosseur d'une pièce de 5 francs siégeait

là, dans les plans les plus profonds de la paroi abdominale ; dans ce foyer venaient s'aboucher à la manière des deux bouts d'un anus contre nature, le côlon transverse sectionné net.

Le gros intestin soufflait donc ses gaz, à chaque expiration, à chaque cri du malade très agité, sous la peau de l'abdomen et du thorax. L'emphysème extrêmement tendu nous avait empêché de sentir ce foyer de contusion qu'une palpation plus profonde nous eût cependant révélé.

Nous croyons que, dans des cas semblables, l'exploration minutieuse et systématique de la paroi de l'abdomen s'impose, semblable à celle que l'on pratique dans des cas analogues sur le thorax, et qu'ainsi on pourra fixer, non seulement, par la douleur, mais aussi par la dépression de la paroi, le siège précis de la contusion et de la lésion intestinale certaine.

Traitement des péritonites par l'incision rectale.

Gazette hebdomadaire, juillet 1898.

Dans cet article de thérapeutique chirurgicale, nous avons montré, par l'exposé de quelques observations de M. Jaboulay, les services rendus par l'incision rectale, au cours de péritonites pelviennes ou généralisées.

Après un exposé du manuel opératoire, les indications sont successivement étudiées chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, dans les cas d'abord de péritonite enkystée dans le petit bassin, où le procédé s'impose comme *de choix* et devient l'*équivalent* de la *colpotomie vaginale*.

Le domaine de la laparotomie rectale ne s'arrête pas là ; les péritonites généralisées, d'origine appendiculaire ou non, lorsque la collection bombe nettement sur la paroi antérieure du rectum, celles surtout où l'état général grave ne permet pas l'intervention par la voie antérieure, bénéficieront au premier chef de l'ouverture rectale.

Enfin, dans toute péritonite généralisée, l'effondrement du cul-de-sac de Douglas pourra être pratiquée après laparotomie antérieure à titre de contre-ouverture par le point le plus déclive.

Chez la femme, la voie rectale peut prendre quelquefois le pas sur la voie vaginale, chez la jeune fille vierge, chez la multipare aussi, quand l'abord du cul-de-sac postérieur est difficile.

L'exécution de cette ouverture est si simple que, point capital, on se dispensera de l'anesthésie dans les cas graves.

La principale objection qu'on puisse lui adresser tombe devant les faits, nous voulons parler de l'infection. Sur 11 observations colligées dans la thèse de Oui, parue à la suite de notre travail, on pouvait compter 10 guérisons définitives.

La clinique n'enseignait-elle pas déjà l'issue heureuse de la plupart des collections ouvertes par le rectum.

On peut, en résumé, par cette voie de drainage, réaliser facilement et de la façon la plus efficace, l'assèchement du péritoine dont Ravaton proclamait, il y a plus d'un siècle, la nécessité « en « faisant coucher les malades sur la plaie pour faciliter la sortie « des liquides épanchés, pour que ces liquides et autres corps « étrangers ne stagnent pas dans la partie la plus déclive de « l'abdomen ».

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

Société Nationale de Médecine, mars 1903.

Laparomie chez un enfant de 13 ans, pour phénomènes d'occlusion intestinale.

L'intestin grêle près de son abouchement dans le cœcum est étranglé par un diverticule composé de parties alternativement renflées et rétrécies. Nous fîmes la ligature et l'extirpation sans difficulté. L'opération eut des suites très simples et, trois semaines après, ce petit malade sortait guéri de la Charité.

Essai sur la hernie périduodénale droite.

In Thèse d'Arnaud, Lyon 1903.

Etude entreprise à l'occasion d'un malade que nous avions opéré d'urgence, à la dernière période d'une occlusion intestinale. La presque totalité de l'intestin grêle était contenue dans une poche rétro-péritonéale qui siégeait en arrière du duodénum et se prolongeait en avant du rein droit (fig. 14). L'absence de vaisseaux dans le rebord qui limitait cette cavité nous fit conclure

à une variété exceptionnelle des hernies rétro-péritonéales : celle qui se fait dans la fossette duodénale inférieure. De plus, la lon-



Fig. 14
Hernie périduodénale droite

gueur du mésentère et l'examen de la région portent à croire que, depuis longtemps, de l'intestin se trouvait contenu dans ce recessus rétro-péritonéal et que l'occlusion n'était qu'une complication récente et fortuite d'une anomalie depuis longtemps existante.

Sténose néoplasique de l'estomac. — Gastro-entéro-anastomose par le bouton de Jaboulay. — Mort par tuberculose pulmonaire.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 19 janvier 1904.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle a permis de se rendre compte des bons résultats éloignés de la gastro-entéro-anastomose par le bouton de M. Jaboulay.

Chez notre malade, ils étaient excellents : la nouvelle bouche gastrique a parfaitement fonctionné. Ce cas vient en appui contre le prétendu antagonisme entre la tuberculose et le cancer qu'on a voulu soutenir à un certain moment.

La tuberculose, chez ce malade manifestement déjà cancéreux, fut révélée par le *séro-diagnostic*, au moment où on pensait à une généralisation cancéreuse du poumon.

Cette complication nous empêcha seule, de pratiquer la pylorectomie que la mobilité du néoplasme eût rendue très facile.

Abcès du foie. — Intervention. — Guérison.

Société des Sciences Médicales, juin 1898.

Ce cas est intéressant à deux points de vue :

1° Cet abcès, très peu volumineux, était à staphylocoques purs (P. Courmont).

2° La technique opératoire, très simple, imaginée par M. Jaboulay, consista dans la création d'une voie d'écoulement continue par un *canal musculo-cutané transpleural*, formé par refoulement de la peau en dedans poussée à la rencontre des lèvres du diaphragme attirées au dehors. La cavité pleurale ne présenta pas trace d'infection. Le malade guérit au bout de trois semaines.

Kyste hydatique du foie. — Marsupialisation. — Guérison.

Société des Sciences Médicales, décembre 1903.

Malade porteur d'un kyste hydatique non suppuré, énorme, du lobe gauche. Le volume de la poche, extrêmement profonde, des

accidents dyspnéiques extrêmement graves, au cours de l'intervention, par contact probable d'un peu de liquide avec le péritoine, nous empêchèrent de pratiquer la méthode de Delbet. Ce malade guérit, malgré la marsupialisation, sans aucune éventration. Le foie s'opposait, par sa présence, à l'issue de l'intestin.

Kyste hydatique suppuré de la face inférieure du foie. — Marsupialisation. — Guérison.

Idem.

Dans ce cas aussi, où la marsupialisation s'imposait, nous ne constatâmes pas trace de hernie au niveau de la plaie cicatrisée.

Tumeur ostéoïde du sein.

Société des Sciences Médicales, novembre 1898.

Malade de 70 ans, opérée par M. Jaboulay. Deux masses de consistance très dure occupaient le sein gauche.
La tumeur enlevée ne put être sectionnée qu'à la scie.
L'examen histologique pratiqué montra qu'il s'agissait d'un chondrome calcifié.

Sur une variété tardive et rare de tumeurs sacro-coccygiennes.

Gazette des Hôpitaux, avril 1907 (En collaboration avec M. Gabourd, interne des Hôpitaux.

Dans cet article, nous avons attiré l'attention sur une variété de tumeur du bassin très rare, et de nature mal interprétée jusqu'ici.

Nous avions eu à opérer au mois de septembre 1905, un jeune homme chez lequel on avait diagnostiqué un ostéo-sarcome du sacrum. Il était porteur, en effet, d'une volumineuse tumeur faisant exclusivement saillie dans le rectum et que le toucher révélait très adhérente à la colonne sacro-coccygienne.

Nous extirpâmes ce néoplasme par voie sacrée, la résection osseuse fut pratiquée à la hauteur du troisième trou, la libération fut faite très largement en évitant seulement de blesser le rectum.

Suites opératoires très simples ; l'énorme brèche résultant de l'ablation se cicatrisa sans infection. Le malade présenta toutefois une rétention d'urine tenace avec cystite trophique intense, le tout disparut assez rapidement pour que le patient put quitter l'hôpital deux mois après complètement guéri.

L'examen macroscopique du néoplasme confirma au premier abord le diagnostic d'ostéo-sarcome ; sur la coupe celui-ci présentait l'aspect classique du sarcome embryonnaire, sans cavités kystiques et rien qui put rappeler l'aspect polymorphe d'une tumeur sacro-coccygienne.

D'autre part, la tumeur, sur les limites de la section, infiltrait les mailles du tissu spongieux qui, de leur côté, se confondaient insensiblement avec le tissu néoplasique par de fines aiguilles osseuses mieux perceptibles au toucher qu'à la vue.

Seul l'examen histologique put nous faire soupçonner la nature véritable de ce néoplasme. En effet, M. Paviot, à l'examen duquel furent soumises les préparations histologiques, nous répondit qu'il ne s'agissait sûrement pas d'une tumeur osseuse primitive, mais d'un néoplasme secondaire d'origine rénale, très probablement en raison de l'aspect uniforme des cellules épithéliales composant seules la masse néoplasique et semblables aux cellules des « tubuli contorti ».

Rien chez notre malade n'ayant pu nous faire penser à une tumeur même latente du rein, il nous parût bon d'attendre quelque temps que l'évolution de la maladie vînt mettre d'accord des notions si dissemblables de clinique et d'histologie pathologique ; or, jusqu'à présent, nous n'avons constaté chez ce malade aucune trace de récidive, il ne s'agissait donc pas d'un ostéo-sarcome qui aurait récidivé sans nul doute, en raison des limites un peu étroites que nous nous étions imposé dans la résection du sacrum pour ne pas faire de notre opéré un infirme ou un gâteux. A quelle classe de tumeurs fallait-il donc rattacher notre observation ? En raison de son siège, de sa nature histologique, nous n'avons pas hésité à ranger ce néoplasme dans le groupe des tumeurs sacro-coccygiennes.

Grande a été notre surprise en recherchant des cas analogues dans la littérature chirurgicale si riche des tumeurs sacro-coccygiennes, d'en constater la rareté puisqu'aucune des observations publiées sous ce titre n'est comparable à la nôtre.

L'immense majorité de ces tumeurs apparaissent dès la naissance et sont visibles extérieurement au niveau de la région sacrée postérieure ou du périnée, sous forme de saillies plus ou moins proéminente, avec modification des plans cutanés ou sous-cutanés. Dans les cas les plus simples, elles trahissent leur congénitalité par un aspect kystique ou polymorphe, etc., etc.

Dans notre observation rien de semblable, la tumeur est tout entière contenue dans le bassin, à la coupe elle apparaît comme un sarcome très malin, son développement a été tardif, car le malade ne se plaint de pesanteur au périnée et de constipation que depuis peu de temps.

Dans les thèses les plus complètes, les articles les plus récents consacrés à ces néoplasmes, nous n'avons rien trouvé de semblable. Cependant, en 1900, dans la même séance de la Société de Chirurgie, MM. Schwartz et Walther relatèrent chacun un cas de tumeur présacrée, que même avec examen histologique, ces maîtres avaient de la peine à rattacher à un type classique connu, et que, néanmoins, précisément en raison de ces incertitudes, nous croyons devoir ranger parmi les tumeurs sacro-coccygiennes à évolution tardive.

Dans le cas de M. Walther, la tumeur semblait à première vue un fibro-sarcome d'origine périostique, né sur la face antérieure du sacrum et *peut-être dû à la transformation d'une tumeur congénitale*.

Dans l'observation de M. Schwartz, la tumeur, de la grosseur d'une tête d'enfant, avait paru inextirpable au cours d'une première laparotomie par M. Bouilly.

M. Schwartz procéda à son ablation par voie rétro-sacrée, « une « portion du rectum très adhérent dût être sacrifiée. S'agissait-il « d'un ostéo-sarcome, d'une de ces tumeurs pelviennes dermoïdes « ou encore d'un tératome ? C'est là ajoutait M. Schwartz, une « variété de tumeur épithéliale insolite que je soumets à l'appré- « ciation de nos collègues plus expérimentés qui pourraient peut- « être nous édifier à ce sujet ».

Nous appuyant sur ces faits, nous croyons qu'il faut distinguer au niveau de la région sacro-coccygienne, deux grandes classes de tumeurs :

1° L'une comprenant l'immense majorité des tumeurs sacro-coccygiennes, dont l'étude ne nous intéresse pas ici, qu'il s'agisse de tératomes, de tumeurs par inclusion, etc., etc.

2° L'autre comprenant un nombre infime de cas incomplètement étudiés jusqu'ici et que nous avons eu seuls en vue dans notre

mémoire. Ce sont des tumeurs à évolution tardive, à siège latent, que l'on a confondues tantôt avec des tumeurs du bassin, tantôt avec des tumeurs du rectum.

Leur point de départ, leur structure histologique atypique, leur caractère pronostique variable, sont autant de caractères en faveur de leur origine, aux dépens de débris embryonnaires (corps de Wolff, glande de Luscha, canal neurentérique, etc.), si nombreux dans cette région.

Leur nature congénitale n'apparaît pas d'emblée, comme pour les premières. Le microscope est quelquefois seul capable d'en donner la certitude, les tumeurs constituent donc un groupe très intéressant, à propos duquel si l'on n'est pas prévenu, les erreurs de diagnostic ou de pronostic, sont presque inévitables. Leur étude justifie une fois de plus la réflexion de M. le professeur Lannelongue : « Toutes les fois qu'on hésite sur la nature d'une tumeur, il faut penser à la possibilité d'une origine congénitale ».

De la voie présacrée dans l'extirpation des néoplasmes de l'ampoule du rectum.

In Thèse de Chardon, Lyon, 1905-06.

Nous avons montré par une des observations rapportées dans cette thèse que par une large incision présacrée, on pouvait étendre les indications de la résection trans-anale du rectum avec conservation du sphincter. On ne considère habituellement, comme justiciables de cette méthode que les néoplasmes peu adhérents, susceptibles d'être extériorisés par la simple dilatation de l'anus.

Dans notre cas, n'ayant pas obtenu le prolapsus de la tumeur par la dilatation à cause de ses adhérences au plan sacré et au muscle releveur, nous l'avons désinsérée en passant en arrière d'elle par une incision bi-ischiatique et rétro-anale.

La main arrivée au niveau et en arrière du néoplasme explora facilement ses limites et reconnut des ganglions qui furent extirpés à la vue, puis quelques coups de ciseaux ayant achevé sa libération, on put alors l'extérioriser *par l'anus*.

Résection suivant le procédé classique, suites opératoires très simples, sans complications infectieuses de la loge présacrée, ni fistule rectale.

Pas de récidive sept mois après l'intervention. Le sphincter, quoique affaibli, était continent.

Notre manuel opératoire est donc une combinaison de l'extirpation par voie périnéale et par voie trans-anale.

La voie périnéale n'est employée ici qu'à titre auxiliaire pour faciliter le prolapsus du néoplasme par l'orifice anal. Le procédé dont il se rapproche le plus est celui de Schelky, dont l'incision périnéale est identique, mais qui en diffère parce que le rectum y est réséqué par voie périnéale, alors que nous préférons évaginer la tumeur par l'anus, ce qui facilite beaucoup les temps de la résection. Les opérations de Depage, d'Hartmann, très semblables à celle de Schelky, diffèrent également de la nôtre par l'ablation de la tumeur par la voie périnéale artificielle.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Fistules ombilico-vésicales par persistance de la perméabilité de l'ouraque (En collaboration avec M. Delore).

Archives provinciales de Chirurgie, 1er novembre 1898.

Ce travail a pour point de départ une observation très intéressante recueillie dans le service de notre maître, M. le professeur Jaboulay. L'ouverture, ou plutôt la réouverture, d'une fistule ombilico-vésicale constitue un des accidents les plus rares qui puissent survenir au cours d'une hypertrophie prostatique. Cette complication, problématique ou insuffisamment démontrée pour certains auteurs, admise par M. le professeur Kirmisson dans son Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, est bien mise en évidence par notre cas où il s'agissait d'un homme de 63 ans qui, à sa naissance, avait présenté une fistule ouracale rapidement tarie, puis réouverte depuis quelques mois sous l'influence d'une rétention prostatique.

De telles observations sont relativement rares, nous en avons pu réunir vingt-cinq tout au plus, en faisant remarquer que nombre d'entre elles appartiennent aux premières années de la vie.

Les obstacles au cours de l'urine exercent une influence considérable sur l'apparition de ces fistules tardives. A ce point de vue l'hypertrophie prostatique constatée chez notre malade constitue une cause étiologique type et, à ce propos, nous rappellerons la remarque de M. le professeur Kirmisson suivant laquelle les hommes sont quatre fois plus souvent atteints de fistules ouracales que les femmes, car, les obstacles au cours de l'urine sont beaucoup plus nombreux et, par conséquent, les chances de fistulisation plus fréquentes.

L'ouraque peut persister soit à l'état de canal continu, unifor-

mément calibré ou présenter une disposition valvulée comparable à celle du conduit vagino-péritonéal. On conçoit que, dans le premier cas, là fistule apparaisse d'emblée n'ayant qu'à forcer un mince diaphragme juxta-ombilical, ou bien dans le second cas, représenter la dernière étape du liquide urinaire ayant envahi de proche en proche, sous la pression vésicale, après écartement des valvules, les dilatations superposées. La facilité de l'exploration profonde de la fistule au stylet nous autorise à penser que chez notre malade, il s'agissait d'une fistule à plein et large canal.

On sait que la persistance d'une fistule de l'ouraque n'a pas pour seul inconvénient l'écoulement d'urine par l'ombilic, ce canal peut servir aussi de vecteur à l'infection, comparable au canal uréthral, l'infection établie alors dans la vessie, les contractions vésicales réagiront sur ce trajet vésico-ombilical, le dilatant par une pression pathologique supérieure à la normale ; ainsi le canal aura été son propre facteur d'agrandissement, par l'intermédiaire de la cystite qu'il a introduite dans la vessie ; l'ouraque jouerait donc, dans l'infection, le même rôle que le canal thyréoglosse dans l'étiologie de certains goîtres microbiens (Jaboulay et Rivière).

Dans notre observation, les accidents infectieux avaient précédé, sans doute, l'ouverture de la fistule, mais celle-ci n'était certainement pas étrangère à la persistance et l'acuité de ces accidents qui ne cédèrent qu'à une cystostomie.

Le traitement de ces fistules ombilicales est très variable. On a tour à tour proposé la sonde à demeure avec ou sans compression, la cautérisation, la ligature, l'avivement et la suture, la résection partielle de l'ouraque et sa suture, ces deux derniers procédés devant être employés de préférence dans les cas très rares où, chez les prostatiques, la cure radicale pourra être tentée avec quelques chances de succès. D'une manière générale ce traitement doit remplir deux indications :

1° Supprimer la cause qui fit évoluer la fistule.

2° Supprimer l'orifice.

La première indication est dominante, comme le démontre notre observation.

La première intervention, dans laquelle fut pratiquée une fermeture soigneuse de la fistule par invagination et plusieurs plans de suture, n'eût qu'un résultat temporaire, tandis qu'une seconde opération, identique à la première, pratiquée onze mois plus tard, après cystostomie, eut un résultat parfait et définitif.

Hypertrophie de la prostate. — Rétention aiguë. — Fausses routes. Prostatectomie d'urgence. — Guérison.

Soc. des Sciences Médicales, décembre 1903.

Malade de 62 ans, prostatique depuis 6 ans.

Rétention aiguë depuis trois jours.

Une fausse route, qui paraît considérable, rend dangereux, sinon impossible, le cathétérisme ; la prostate est volumineuse, ferme au toucher.

Nous pratiquons d'urgence la prostatectomie périnéale. La guérison était parfaite 50 jours après l'intervention.

Hypertrophie maligne de la prostate. — Rétention aiguë d'urine. — Fausses routes multiples. — Prostatectomie d'urgence. — Mort.

Soc. des Sciences Médicales, janvier 1904.

Dans ce cas, l'abondance des hémorrhagies uréthrales, le volume de la glande qui atteignait les dimensions d'une petite orange nous firent porter le diagnostic de dégénérescence maligne.

La tumeur fut énucléée en totalité, fragmentée seulement en deux blocs.

La confirmation histologique de notre diagnostic atténua un peu nos regrets de voir ce malade succomber, 48 heures après l'intervention, avec des symptômes d'intoxication urineuse.

Examen histologique (fig. 15).

Examen microscopique

L'examen histologique de plusieurs préparations laisse voir, au premier abord, la constitution typique d'un adénome de la prostate : ce sont des alvéoles glandulaires tapissées par un épithélium formé d'une seule rangée de cellules hautes. Par places, cet épithélium est festonné et forme des sortes d'arborisations dans la lumière alvéolaire. Les alvéoles sont séparées par des trabécules formées surtout de fibres musculaires lisses, proliférées comme c'est l'habitude sur la prostate.

A côté de ces lésions adénomateuses typiques, apparaissent des formations qui doivent faire songer à la malignité de la tumeur :

a) Par places, l'épithélium alvéolaire a proliféré d'une façon plus intense et sur plusieurs rangées de cellules.

b) En d'autres endroits on voit des cellules épithéliales isolées, infiltrées dans les trabécules musculaires (a).

c) Enfin, et surtout, il existe quelques amas pleins, formés de cellules épithéliales d'assez grande dimension, avec noyau bien visible, et dont le caractère cancéreux ne paraît pas douteux.

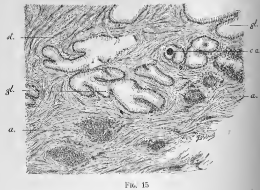


FIG. 15
Hypertrophie maligne de la prostate

gl. — Culs-de-sac glandulaires.
st. — Stroma avec hyperplasie des faisceaux musculaires.
a — Amas cellulaires pleins avec infiltration du stroma avoisinant.
ca. — Corps amylacé.

Ces deux opérations, pratiquées à peu d'intervalle, nous ont engagé à étudier la valeur de la prostatectomie comme intervention d'urgence. Nous pensons que, lorsque l'état général le permet, la prostatectomie, qui n'est, en somme, que la taille basse modernisée, peut supporter avantageusement la comparaison

avec d'autres méthodes de traitement (ponction vésicale, cystostomie). Bien entendu nous exceptons tous les cas où le cathétérisme possible et la sonde à demeure applicable rendent inutile et condamnent toute autre intervention.

De la prostatectomie sus-pubienne en deux temps. — Cystostomie préalable. — Prostatectomie secondaire.

Bulletin Médical, 6 mars 1907 (En collaboration avec M. Thevenet, interne des Hôpitaux).

Dans cet article, après avoir exprimé notre conviction que la prostatectomie sus-pubienne gagnerait à sa cause des partisans toujours plus nombreux à mesure qu'elle sera mieux connue, nous nous sommes demandé si une modification de technique très simple, ne pourrait pas encore en améliorer les résultats.

Beaucoup, parmi les malades qui meurent après la prostatectomie succombant du fait de leur mauvais état général, ne serait-il pas préférable, d'espacer de quelques jours la cystostomie, opération préalable et bénigne de la prostatectomie, opération secondaire et sérieuse ?

Ainsi les deux interventions au lieu de confondre ou de contredire leurs effets, bénéficieraient mieux l'une de l'autre.

Les avantages de cette manière de faire sont d'ordre local et d'ordre général.

Au point de vue local, on se met plus sûrement à l'abri de l'infection de la loge de Retzius, ou de la paroi abdominale, accidents rares, mais signalés par Prédal (th. Paris 1897), par Hartmann, etc., et on évite surtout, par la décongestion de la vessie, l'hémorrhagie abondante chez des malades affaiblis et infectés. Nous avons été frappé, en effet, au cours d'une prostatectomie secondaire, de l'insignifiance et du peu de durée de l'écoulement sanguin.

Les arguments d'ordre général en faveur de la cystostomie préalable, nous paraissent avoir encore plus d'importance. La taille hypogastrique constitue, en effet, le meilleur prélude de la prostatectomie, chez tous les vieux infectés, chez tous ceux dont la septicémie latente ne demande que la moindre effraction dans les tissus pour revêtir des allures suraiguës. Elle leur permet de se remonter dans l'intervalle des deux interventions, comme l'anus

contre-nature permet aux obstrués de supporter une opération radicale. L'hypertrophie de la prostate, n'est-ce pas l'occlusion chronique des voies urinaires, et la taille sus-pubienne n'est-elle pas à son égard le meat « contre nature » ?

Cette comparaison tirée de la chirurgie du tube digestif, n'est pas hors de propos, à l'heure actuelle où l'examen des résultats de cette chirurgie montre que ses plus brillants succès sont dûs au principe des interventions successives. S'il est des patients qui meurent après une simple cystostomie, à plus forte raison auraient-ils succombé après la prostatectomie, innocente pourtant de ces désastres.

Dans la période d'engouement pour cette intervention, ne lui demande-t-on pas trop quelquefois ? N'exige-t-on pas d'elle des résurrections impossibles.

Aussi nous a-t-il paru opportun d'insister sur la prostatectomie secondaire faite de parti-pris. Opération pratiquée jusqu'ici rarement et sans qu'on lui eût donné le rang qu'elle mérite parmi les traitements dont on dispose aujourd'hui pour la guérison radicale de l'hypertrophie de la prostate.

Cancer du testicule en ectopie. — Intervention. — Guérison opératoire.

Société des Sciences Médicales, avril 1904.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic clinique, porté : 1° En raison de la présence d'une tumeur volumineuse immédiatement au-dessus de la région inguinale ; 2° De l'absence au niveau des bourses, du testicule du même côté.

Le cas présentait cette particularité, qu'appendu à la tumeur existait un canal vagino-péritonéal distendu de liquide et descendant jusqu'au fond des bourses.

Nous pûmes aisément, en même temps que nous pratiquions l'énucléation de la tumeur, désinvaginer ce canal du tissu cellulaire avoisinant.

Ce fait corrobore l'opinion, d'ailleurs classique aujourd'hui, de l'indépendance relative de la migration du testicule et de la formation du canal vagino-péritonéal.

CRANE ET FACE

Fracture de la voûte propagée à la base. — Epanchement sanguin énorme sus dure-mérien. — Coma. — Hémiplégie du côté opposé. — Trépanation. — Ligature de la méningée moyenne. — Guérison.

Société des Sciences Médicales, décembre 1903.

Ce malade, opéré dans le coma, sous anesthésie, recouvrait quelques heures après notre intervention, sa connaissance. Il guérit sans incident notable, ne conservant de son traumatisme qu'une surdité complète et une paralysie faciale légère du côté de sa fracture.

Névralgie du trijumeau. — Interventions successives. — Guérison définitive par section simple des cicatrices.

Société des Sciences Médicales, juin 1898.

Récidive au bout de 15 mois après section et arrachement des nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier.

Il semblait qu'on eût affaire à une névralgie rebelle à tout traitement chirurgical autre que l'ablation du ganglion de Gasser.

Avant de pratiquer cette intervention, M. Jaboulay se contenta de repasser le bistouri dans les deux incisions sus et sous-orbitaire répondant aux points les plus douloureux et de sectionner ainsi tous les tissus jusqu'au périoste. Le résultat fut parfait. Cette intervention, difficile à interpréter, démontre qu'avant de se résoudre aux grandes interventions, dans les cas de névralgie

faciale, il faut épuiser tous les moyens d'action chirurgicale sur les portions périphériques des nerfs en cause.

N. B. Cette malade a été revue, ne souffrant toujours pas en 1902. La guérison s'est donc maintenue au moins quatre ans.

Névralgie du trijumeau (sus et sous-orbitaire). — Section des nerfs. — Régénération. — Guérison par une deuxième intervention semblable.

Société des Sciences Médicales, juin 1902.

Ce cas vient encore à l'appui des opérations successives sur les nerfs périphériques.

Une première section, avec arrachement, avait amené une guérison qui se maintint pendant trois années.

M. Jaboulay se disposait à pratiquer une simple réouverture des cicatrices jusqu'au squelette quand il vit dans la plaie un cordon qui avait toutes les apparences de tissu nerveux ; pris entre les mors d'une pince, ce cordon put être élongé et enroulé à nouveau.

L'examen histologique extemporané par dissociation nous montra, en effet, des fibrilles nerveuses entièrement régénérées à travers du tissu conjonctif cicatriciel.

Ce fait, très intéressant, démontre combien il faut tenir compte du facteur régénération pour l'interprétation et pour la thérapeutique des récidives des névralgies dites rebelles.

PRÉSENTATIONS DIVERSES

Abcès de la marge de l'anus par corps étranger.

Société des Sciences Médicales, mars, 1898.

Aiguille de pin introduite dans la région péri-anale au cours d'une chute faite par le malade en déféquant en plein air. Le corps étranger fut toléré pendant un an ; les accidents inflammatoires suivis de fistule ne dataient que d'un mois.

Kyste de l'avant-bras par corps étranger.

Tumeur liquide apparue depuis quatre mois à la face antérieure de l'avant-bras immédiatement au-dessous du coude. Cette collection tendue, peu fluctuante, siégeant profondément, pouvait en imposer pour une tumeur solide.

Mais l'histoire de ce malade qui, 33 ans auparavant, avait eu un accident d'éclat de fusil fit poser à M. Jaboulay le diagnostic de kyste développé autour d'un corps étranger demeuré inclus dans la profondeur des tissus.

Le doigt introduit dans la cavité, après incision et écoulement d'une sérosité louche, ramena un fragment de crosse de fusil large et long de 3 centimètres.

Fibrome de la paume de la main.

Société des Sciences Médicales, janvier 1899.

Fibrome développé aux dépens de l'aponévrose palmaire à la suite d'un éclat de bois entré dans l'éminence thénar.

Appendicite. — Péritonite pelvienne. — Incision rectale. Guérison.

Société des Sciences Médicales, mai 1898.

Prostatectomie sus-pubienne secondaire à une cystostomie d'urgence. — Guérison deux mois après l'intervention.

Société des Sciences Médicales de Lyon, février 1907.

Présentation d'un malade de 68 ans auquel nous avions pratiqué la prostatectomie sus-pubienne 10 jours après une cystostomie d'urgence. Nous avons insisté sur la bénignité de la deuxième intervention, sur l'utilité d'espacer les deux opérations, cystostomie et prostatectomie, chez les vieux urinaires comme notre malade, qui eut été incapable de supporter une grave intervention en pleine rétention aiguë, et enfin sur la perfection du résultat, notre malade ne présentant après chaque miction qu'un résidu vésical de 10 à 12 centimètres cubes.

